

**«Chacun se mêle de ses affaires»
Projet d'intervention au C.L.S.C. Centre-Ville
" To each his own " an intervention project at the CLSC
Centre-Ville)**

Huguette Plante

Volume 5, Number 2, November 1980

Vieillir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030078ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030078ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Plante, H. (1980). «Chacun se mêle de ses affaires» : projet d'intervention au C.L.S.C. Centre-Ville. *Santé mentale au Québec*, 5(2), 91–101.
<https://doi.org/10.7202/030078ar>

Article abstract

This article deals with the C. L. S. C. Centre-Ville's experience with old people over the last five years. What characterizes this experience in particular is the isolation of the individual and the deterioration of the social milieu. Interventions were made on three different levels : individual, personal and individual care at home ; collective, organization of group activities; community, interventions aimed at improving the social conditions and health of the population and its milieu. The originality of this step lies in its global and multidisciplinary approach wherein all dimensions of health are interrelated (diagnosis established and treatments prescribed in light of the economic, social and psychological characteristics of the individual).

**«CHACUN SE MÊLE DE SES AFFAIRES»
Projet d'intervention au C. L. S. C. Centre-Ville**

*Huguette Plante**

Lorsqu'il fut question, en 1976, d'implanter dans le centre-ville de Montréal un réseau de services et d'activités destiné aux personnes âgées du quartier, les réactions furent rapides et désarmantes. Des personnes, connaissant la population du centre-ville, concluaient déjà sans nuance : «Le quartier est trop détérioré. Les gens du centre-ville sont des marginaux. Aucune intervention n'est possible dans un tel milieu. Mieux vaut référer les gens à l'Accueil Bonneau ou à l'Armée du Salut! »

Au lieu de nous démobiliser, ces commentaires empreints pourtant d'impuissance, de scepticisme et de résignation, nous stimulèrent parce qu'ils nous provoquaient à relever le défi. Ce défi sous-tendait les problèmes suivants : Comment implanter des services adaptés à la mentalité et aux besoins des personnes âgées? Comment développer des conditions de vie communautaire favorables à la prévention sanitaire et sociale? Dans un quartier aussi détérioré, comment orienter notre travail sur la promotion de la santé plutôt que sur le traitement de la maladie, comme le requiert le mandat dévolu au C.L.S.C.? Comment privilégier une approche de la personne plutôt globale que parcellaire ou spécialisée, c'est-à-dire une approche où toutes les dimensions de la santé seraient en interrelation les unes avec les autres, où les diagnostics établis et les traitements prescrits le seraient à la lumière des caractéristiques économiques, sociales et psychologiques des individus?

Le présent article ne s'arrêtera pas à relater en détail toutes les hésitations par lesquelles nous sommes passés, non plus qu'à aborder en profondeur le problème de la vieillesse dans le quartier. Nous nous contenterons plutôt d'explorer trois champs de préoccupations intimement reliés qui ont constamment canalisé notre énergie créatrice et qui font partie intégrante de notre intervention. Ces trois champs, les voici :

- a) la connaissance du quartier
- b) la mise sur pied de services individuels, collectifs et communautaires adaptés aux gens de ce quartier
- c) l'organisation susceptible de soutenir la marche de ces services en tenant compte des difficultés rencontrées.

* Huguette Plante est coordonnatrice du programme «Personnes âgées» au C.L.S.C. Centre-Ville.

CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU

Il va sans dire que la première démarche de notre équipe¹ de travail a été de connaître le quartier de l'intérieur — les rapports humains avec le milieu, l'intégration des gens à leur quartier et à la société, — de mesurer certaines manifestations de leur isolement et d'identifier les réseaux de communication existants dans la communauté. Cette première étape, qui précède la mise sur pied des services, est donc une période sensibilisation, une prise de contact avec le milieu par le biais du porte-à-porte systématique dans un secteur délimité. Voici le portrait des principales caractéristiques de ce milieu en terme d'environnement physique et humain tel que nous l'avons découvert.

A. L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Sherbrooke, St-Hubert, Guy, le Fleuve : grosso modo un quadrilatère dont les limites physiques correspondent assez bien à la communauté humaine résidente. Pour les Montréalais moyens cependant, le centre-ville représente d'abord une concentration de bâtiments commerciaux, industriels et institutionnels plutôt que résidentiels : édifices à bureaux, magasins divers, terrains vacants, stationnements, hôpitaux, cinémas, gare d'autobus. Comme milieu de vie, c'est avant tout un quartier où l'on vient travailler, consommer ou se divertir ; c'est un univers trépidant, excitant où l'on peut supporter, parce que l'on y passe seulement, la circulation dense, le bruit, la pollution, la grisaille de l'asphalte et des édifices qu'aucun espace vert ne vient découper. Lorsque nous travaillons quotidiennement avec la population de ce milieu, cette image s'estompe, nos points de repères se modifient, notre géographie se personnalise. Peu à peu se juxtaposent d'autres réalités qui altèrent notre perception originelle : un stationnement devient une maison de chambres démolie et des gens que nous avons relogés ; un terrain vacant, le lieu où un vieux clochard dormait ; les ruelles derrière la « Catherine », les buanderies où nous allons laver les draps, les épiceries du coin avec leur mini « cans » de conserve pour chambreur isolé, les pharmacies, les tavernes ; toute cette activité, d'abord en retrait, à l'arrière-scène, prend peu à peu couleur et forme, grandit à nos yeux en modifiant le tableau.

Dans ce quartier en discontinuité, des morceaux de rue subsistent où sont regroupés quelques îlots d'humains. Parfois ce sont de grosses maisons de chambres (60 chambreurs), parfois ce sont de petites (10 chambreurs) où la propreté, la clarté, l'exiguïté des lieux, le confort, la tranquillité et le prix varient sans pour autant que le coût du logement soit en rapport avec sa qualité. La classification s'établit plutôt en fonction de la clientèle : on retrouve des maisons pour gros buveurs, moyens buveurs et ceux devenus plus sages... ou plus vieux ! Une vie par étage : avec un poêle, une toilette, parfois un bain. En général, un concierge dans chaque maison de chambres : son statut social lui permet de faire des règlements, de changer les chèques de pension et de relocaliser aux étages supérieurs un vieux qui ne peut plus marcher afin de laisser la place du bas à quelqu'un qui peut encore se déplacer. Le voisin de chambre : c'est un compagnon de misère avec qui on se chicane mais qui

peut faire des commissions en cas de besoin. L'intervenant qui arrive : c'est un étranger, un intrus à qui on fait sentir qu'on lave son linge sale en famille. «Moi, disent-ils avec une sorte de fierté empreinte de méfiance, je fais mon affaire tout seul sans m'occuper des autres». Mots classiques qui mettent la patience de l'intervenant à l'épreuve. Des gens exploités, isolés, mais difficiles à aider.

B. LE MILIEU HUMAIN

Ce milieu que nous avons décrit, comment les gens qui l'habitent le perçoivent-ils et comment le délimitent-ils géographiquement? Quels sont les rapports qu'ils entretiennent avec ce milieu?

1. Appartenance et attachement : le quartier *versus* le voisinage

Dans la hiérarchie subjective des éléments d'appartenance, le voisinage est préféré à la ville ; quant à la notion de quartier, elle semble inexistante ou ne se distingue pas des limites du voisinage. L'expression «les gens de mon coin, de mon bout» ne signifie rien pour eux. On entendra plutôt «les gens d'en face», «les gens de ma rue». Ceux qui résident dans les HLM diront «les gens du bloc ou du building». Le quartier, c'est donc le voisinage immédiat, c'est-à-dire ce qui entoure de près le domicile. En outre, l'appartenance au milieu tient à l'élément humain (plutôt parce que les gens se mêlent de leurs affaires que parce que les gens sont fiables ou chaleureux) ; l'élément service entre en ligne de compte en autant qu'il corresponde à l'épicerie ou la taverne du coin. D'après nous, cette perception qu'ont les gens de leur quartier correspond à l'environnement physique et définit également leur champ de contact psychologique. Il n'y a pas de quartier, ni de réel milieu d'appartenance comme une paroisse : c'est le centre-ville. Et la ville a grugé le quartier à un tel point qu'il n'en reste plus que quelques îlots disséminés ça et là ; une sous-culture, des déracinés chez eux qui restent malgré tout très attachés à leur milieu.

Cet attachement au quartier, nous n'avons pu le mesurer qu'au fur et à mesure de nos interventions. Nos premières visites, en effet, nous avaient amenés à croire que nous aurions à mettre au point tout un programme de relocalisation des gens compte tenu de leur désir de déménager exprimé à de nombreuses reprises. Mais nous avons dû nous rendre à l'évidence que beaucoup d'entre eux ne passent jamais à l'action. Ils se perçoivent cependant toujours comme des gens en transition, de passage. La maison de chambres représente pour eux un mode d'habitation transitoire qui leur convient parce qu'ils tiennent à rester isolés.

Quant à ceux qui déménagent, ils le font sans pour autant quitter le centre-ville. Cette valeur psychologique d'attachement au centre-ville ressort fortement même chez ceux qui ne sortent plus depuis longtemps. Des gens refusent le placement en institution parce qu'ils ne seront plus au centre-ville, dans leur cadre familial.

2. Manifestations d'isolement

La majeure partie des gens âgés de notre territoire sont des gens seuls et isolés. Les couples et les familles sont très rares. En outre, la proportion d'hommes atteint presque 60%. Le réseau des liens qu'ils partagent avec la famille, les amis et le voisinage est très restreint : pratiquement aucun contact avec la famille par la force des choses ou par choix. Certains n'ont jamais été capables de créer des liens d'amitié dans le passé ou en ont créé au hasard des rencontres sans vraiment les choisir ; d'autres ont été incapables, en vieillissant, de renouveler les liens qui existaient autrefois. Quant aux contacts avec les voisins, ils sont rares et se limitent souvent à la tolérance : «chacun se mêle de ses affaires». Nous pouvons affirmer sans ambages que les quelques rapports conservés par les personnes âgées avec leur entourage ne sont pas des rapports soutenus qui viennent briser la solitude ; ce sont plutôt des liens «en cas de besoin», c'est-à-dire des liens très rares qui existent surtout dans le domaine du possible. Bien des personnes ne savent à qui s'adresser en cas de détresse. Il est commun également de voir des gens qui ne sortent pas, ne reçoivent pas de visite et qui téléphonent rarement. Un bon nombre de ceux-ci n'ont même pas le téléphone.

Bref, la fréquence et la qualité des contacts établis par les personnes âgées avec leur milieu est si faible que nous pouvons parler non seulement de solitude mais également d'isolement social, aggravé par la maladie et le manque de ressources financières. Il va sans dire que le milieu lui-même offre, outre les tavernes et les parties de cartes, très peu d'occasions de participation et d'échange. L'environnement, donc, n'apporte ni dynamisme ni support humain.

L'INTERVENTION DANS LE MILIEU

1. PRINCIPES D'INTERVENTION

L'objectif principal du programme est de donner un ensemble de services d'ordre individuel, collectif et communautaire. Ces services qui se veulent un tout intégré et continu correspondent (du moins nous le désirons) aux différentes étapes du vieillissement², et vont aussi permettre à la personne âgée de rester à domicile dans son milieu naturel le plus longtemps possible. Nos niveaux d'intervention et nos modes d'action couvrent les aspects suivants : santé, alimentation, rapports avec le milieu, droits, information, apprentissage, etc.

L'offre de ces services, il va sans dire, tient compte du degré d'autonomie de chaque personne évalué en fonction des trois facteurs suivants : ses capacités fonctionnelles, le soutien que lui apporte l'entourage et les conditions de vie auxquelles le contexte social lui donne accès.

2. NIVEAUX D'INTERVENTION

a) Au plan individuel

L'équipe d'intervention individuelle travaille principalement à améliorer les conditions de vie et les capacités fonctionnelles des personnes âgées à domicile, surtout celles qui ne sortent pas ou presque pas. Comme cette équipe a pour but de les maintenir à domicile, l'objectif premier de tous les membres est d'amener la personne âgée à conserver et même à développer le potentiel qu'elle a déjà tout en suppléant aux tâches qu'elle ne peut plus accomplir.

Pour ce faire, on privilégie le travail d'équipe : auxiliaire familiale, médecin, nutritionniste, infirmière, travailleur social, animateur, organisateur communautaire. Cette façon de procéder permet d'approcher globalement les questions de santé, de trouver et d'appliquer des solutions plus appropriées là où une médecine traditionnelle se limiterait à prescrire des pilules.

La nièce d'une personne âgée de plus de 80 ans que nous suivons régulièrement alarme le Centre des Services Sociaux. La vieille dame est confuse ; elle est tombée dernièrement et doit être placée immédiatement. La travailleuse sociale visite la vieille dame et se rend compte qu'elle désire rester à domicile, qu'elle n'est pas prête à un hébergement définitif : la forcer aggraverait sa confusion. En outre, des indices lui font croire que la solitude augmente sa confusion. L'infirmière souligne que les médicaments qu'elle prend de façon irrégulière peuvent également causer cette confusion et qu'une nourriture adéquate peut équilibrer les pertes de potassium causées par les médicaments.

Nous faisons appel à la voisine qui vient vérifier, sur un tableau spécial, si elle prend quotidiennement ses médicaments. L'auxiliaire augmente ses visites au rythme de deux fois par semaine afin de briser la solitude et de mieux la suivre au niveau de son alimentation. Un bénévole lui fait une visite d'amitié chaque semaine. Pendant ce temps, la travailleuse sociale fait lentement prendre conscience à la dame qu'elle devra un jour ou l'autre se résoudre à un hébergement. L'état d'urgence étant passé, le cheminement de la dame se fait lentement. Nous la maintenons depuis plus d'un an dans une situation précaire, il est vrai, mais stable. Elle a même participé à une fête que nous avons organisée lors de la St-Jean Baptiste, sa seule sortie depuis longtemps. Au moindre indice de détérioration importante, nous réévaluons la situation et si un placement se révèle la seule solution, nous pourrions y faire face avec la dame sans panique puisqu'elle aura mis le temps nécessaire pour envisager cette éventualité. Par ailleurs, il se peut qu'elle s'éteigne doucement parmi «ses choses» et ses habitudes sans avoir eu à faire face à un hébergement difficile.

Plusieurs expériences comme celle-ci nous prouvent que les personnes âgées sont prêtes à rester à domicile pourvu qu'elles aient les soins requis par leur état.

Ceci se vérifie également quant à leur santé. Presque toutes les personnes âgées que nous côtoyons ont une santé précaire; elles ont toutes au moins une maladie, certaines en ont plusieurs. La grande majorité considère qu'elles ne sont pas soignées convenablement ou ont peur de ne pas l'être. Constatation étonnante, étant donné l'abondance des services médicaux dans ce territoire (hôpitaux, cliniques, médecins) et leur utilisation régulière par ces mêmes personnes. Mais cette crainte s'explique : les personnes âgées attachent une importance considérable à des contacts médicaux personnalisés; leur sécurité est même liée à la connaissance personnelle d'un médecin, d'une part, et à l'attention qu'il lui accorde, d'autre part. Quant à nous, nous sommes parfois très étonnés de voir des personnes malades reprendre du mieux lorsqu'elles sont suivies régulièrement et qu'elles ont l'attention nécessaire. C'est pourquoi nous avons l'intention de «personnaliser» davantage les contacts en intégrant un médecin à notre équipe multidisciplinaire; ce médecin jouerait le rôle d'un médecin de famille ou de quartier.

b) Au plan collectif

Cette équipe composée de trois animateurs fait le pendant à l'intervention individuelle tout en étant son prolongement logique. Elle vise à resocialiser les personnes âgées en les amenant à participer à des activités : repas communautaires, fêtes, visites culturelles, séances d'information et d'apprentissage.

Cette équipe cherche également à développer la capacité des personnes âgées à entrer en relation, à créer un milieu d'appartenance et à développer leur capacité d'agir sur leur milieu.

1. Les activités

Comme nous l'avons vu auparavant, les activités des personnes âgées du centre-ville sont dans l'ensemble le reflet d'une vie sociale très peu active et ne sont pas intégrées à la société. Par les activités de groupe qui fournissent un cadre de resocialisation, nous essayons d'amener les personnes âgées du quartier à vivre des loisirs, à élargir leur horizon psychologique et social, à susciter leur participation et à les rendre à la fois actives et présentes à la société. Nous croyons en effet, que le loisir peut être un mode de participation à la vie sociale et un instrument d'intégration. Pour réaliser ce défi, il faut arriver à prouver aux personnes âgées la valeur enrichissante des loisirs bien conçus, tant au point de vue de la personnalité que de la santé, des loisirs organisés au niveau de leur quartier et adaptés à leurs besoins et à leur mentalité. En ce sens, nous leur offrons, en plus de loisirs-détente, des loisirs éducatifs tels des séances d'information sur leurs droits,

la santé et la nutrition, des rencontres d'échanges sur leur vécu (sexualité, souffrance, goût de vivre, etc.), des expériences de responsabilité dans des comités et des ateliers d'apprentissage (l'artisanat, par exemple).

Nous avons évalué le degré de socialisation selon trois critères : la présence aux activités³, le champ de contact⁴ et la participation aux activités⁵. Après trois ans d'activités, nous nous rendons compte qu'avec un soutien dosé selon les possibilités des personnes âgées, ces activités favorisent des investissements affectifs autres qu'au plan des symptômes ; elles apprennent, en effet, aux personnes âgées à redécouvrir un autre mode de plaisir et à se sentir encore utiles. En d'autres termes, ces loisirs aident à conserver au maximum les capacités actives de la personne âgée, son dynamisme et son initiative. Ce n'est pas l'activité elle-même qui est importante mais le désir d'être actif, le plaisir de résoudre un problème et de maîtriser une situation. Chaque petit succès est une victoire sur un monde perçu comme dangereux et inquiétant.

Au cours de l'année, quatre fêtes ont lieu où se rassemblent environ 70 personnes âgées ; nous nous occupons du transport de celles qui sortent difficilement de chez elles. Pour un bon nombre, c'est leur seule participation collective dans l'année. Elles prennent ainsi conscience de l'existence du groupe social que constituent les personnes âgées. Évidemment, les personnes plus autonomes qui viennent régulièrement aux activités refusent l'identification aux moins autonomes dont elles ne voient que les aspects négatifs (maladie, vieillesse). Les personnes âgées en chaise roulante deviennent « les vieux » qu'on ne veut pas devenir.

2. Repas communautaire

Lors des activités, un repas communautaire est servi. Le fait d'ouvrir une salle à manger où l'atmosphère est agréable, le prix raisonnable, la distance abordable et la nourriture apprêtée avec soin permet aux personnes âgées de vivre le repas communautaire comme un moment de repos et d'échanges, mais ne constitue pas un moyen suffisant pour les amener à une alimentation saine, bien que nous reconnaissons l'utilité d'une telle initiative. Le problème se situe au-delà de l'alimentation proprement dite. Le comportement alimentaire des personnes âgées du centre-ville, qu'elles s'empiffrent ou qu'elles sautent les repas, représente un symptôme de cette désintégration progressive qu'elles subissent plutôt qu'un manque d'éducation alimentaire ou de ressources financières.

Ces activités sont doublées d'agréments qui « signent » un milieu d'appartenance : bibliothèque, cahier-sagesse, journaux du 3^e âge, photos, babillard, aiguillage, carte-sagesse, arbre-sagesse.

c) Au plan communautaire

L'action communautaire suppose un noyau de personnes âgées autonomes qui, avec le soutien des animateurs, peuvent poser des gestes dans

leur milieu de vie afin d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées. Compte tenu de l'état défavorisé du quartier, l'action communautaire au centre-ville prend nécessairement couleur de rattrapage, d'une part, de suppléance et d'assainissement, d'autre part, plutôt que de changement. Par exemple, nous devons respecter le fait que les chambreurs tiennent à rester isolés dans leur chambre; nous essayons, par ailleurs, que leurs chambres soient plus convenables; nous ne visons pas à les soustraire au monde de l'exploitation non plus qu'à enrayer l'alcoolisme, mais à les diminuer. Sans cette action communautaire, les services à domicile n'auraient aucun sens.

Une recherche a été menée, à ce jour, sur les conditions de vie des chambreurs (Vaney-Dufresne, 1977) et a entraîné une modification de leurs droits : ils peuvent maintenant réclamer un bail et ne peuvent être expulsés sans avis. Cependant, peu d'entre eux se prévalent de ces droits. Il reste encore à mettre sur pied un comité de locataires qui faciliterait leurs démarches et les soutiendrait.

Une corporation à but non lucratif appelé Comité des chambreurs a été mise sur pied pour développer différents services : une caisse de dépannage, un réseau de bénévoles, un atelier d'artisanat, un local dans le quartier, des fêtes de quartier. À moyen terme, l'achat d'une maison de chambres pour personnes âgées recréant un air familial constituerait une alternative au placement institutionnel pour un bon nombre de personnes âgées du quartier. Elle aurait, croyons-nous, un effet considérable sur le milieu, en ce sens que cette maison-témoin forcerait les maisons de chambres voisines à hausser leur standard et à régulariser davantage leurs attitudes.

Un projet de réseau d'entraide va bientôt prendre forme dans un HLM afin de créer des relations entre les gens les plus autonomes et les plus démunis; c'est-à-dire développer le réseau d'aide naturelle et d'échanges de services entre voisins. Cette contribution du milieu aura l'avantage de maintenir la personne âgée à l'intérieur d'un réseau de relations qui renforcit son sentiment d'appartenance à une communauté.

L'ORGANISATION : DIFFICULTÉS ET CONDITIONS DE RÉUSSITE

Les difficultés que nous rencontrons sont de différents ordres; d'abord, les ressources personnelles des personnes âgées sont très limitées et le milieu est démembré; ensuite, établir les services en fonction des besoins demande une vigilance constante des intervenants et suppose une structure souple; enfin, une approche globale et multidisciplinaire représente une nouvelle expérience pour chacun des participants.

La multiplicité et la gravité des problèmes exigent des techniques d'intervention plus complexes et une fréquence plus grande de celles-ci.

L'interrelation des problèmes rend difficile une démarche spécifique : comment amener une personne âgée qui en a besoin à faire des exercices alors qu'elle demeure au troisième étage? Un isolement inévitable mais destructeur, une détérioration de l'image de soi (les gens ne s'habillent pas, ne se lavent pas, sont désorganisés dans l'espace et le temps); tous ces problèmes psychologiques accentués par les problèmes biologiques de la vieillesse entraînent une dépendance exagérée vis-à-vis les médicaments et les services. Par ailleurs, un support très grand et continu est nécessaire pour que la personne aidée puisse utiliser adéquatement les moyens offerts.

Des difficultés de communication (les téléphones sont rares), de publicité (la seule possible est le porte-à-porte), d'organisation (dues à l'incapacité des gens à s'astreindre à des rendez-vous fixes) s'ajoutent à celles déjà mentionnées plus haut. Nous devons avoir recours à beaucoup d'ingéniosité, de patience et d'optimisme pour obtenir des résultats dans un milieu aussi détérioré où l'entourage, qui pourrait apporter un complément à notre service, se trouve souvent absent. Cette situation exige du personnel plus nombreux et nous manquons de ressources pour effectuer, auprès des gens en meilleure condition psychologique et physique, davantage de dépistage, de prévention, de référence et de support.

Dans un quartier populaire où les besoins sont à la fois si multiples et interreliés, les services ne peuvent être établis de façon stricte et une fois pour toutes puisqu'ils sont soumis à une fluctuation des besoins, ainsi qu'à une continue interdépendance avec les autres organismes.

Cela exige, en effet, une vigilance constante et une souplesse pour remettre continuellement à jour notre connaissance des besoins du milieu et imaginer et mettre sur pied des services qui tentent d'y répondre sans pour cela les considérer comme son champ d'action propre et définitif. Par exemple, si les personnes âgées ont besoin de visites d'amitié et d'accompagnement, c'est le rôle du C.L.S.C. de développer ce service mais, lorsqu'un réseau de bénévoles prendra en charge cette responsabilité, le C.L.S.C. devra se diriger vers d'autres besoins non comblés. Voilà bien une position inconfortable qui constitue autant un défi pour le personnel qu'un malaise face à l'organisation des structures. Enfin, cela suppose de la part du personnel une très grande sécurité intérieure, puisque la sécurité ne peut venir de la stabilité du travail à faire à tel moment donné. Cela souligne le besoin d'un milieu de travail suffisamment souple pour répondre à cette nécessité d'adaptation. Nous croyons que seule une structure organisationnelle de participation est assez stimulante pour mettre en place les mécanismes permettant de relever ce défi, et d'éviter que les attentes institutionnelles du réseau des Affaires sociales ne deviennent des critères d'action⁶.

Dans un tel contexte où sont observés des besoins multiples et interreliés, l'équipe multidisciplinaire se révèle une solution appropriée parce qu'elle permet, par la confrontation des points de vue, de trouver des solu-

tions ajustées aux capacités des personnes âgées, et de répondre conséquemment aux besoins prépondérants. Par exemple, citons le cas d'une infirmière qui a pour objectif de combattre la surconsommation de médicaments chez les personnes âgées. Lors de sa première visite, elle met à la poubelle tous les médicaments jugés inutiles ou trop anciens. Elle réajuste ensuite son tir en découvrant la portée de son geste lors d'une discussion de cas. Sans avoir d'abord établi le contact avec la personne, elle pourra l'amener à réduire sa consommation de médicaments. Ne vaudrait-il pas mieux de briser d'abord la solitude de cette dame avant de lui demander de tels efforts? L'infirmière modifie donc son objectif en fonction de ce que la personne est encore capable de faire. Cette multidisciplinarité est cependant difficile car si le personnel en est convaincu et y adhère intellectuellement, il n'en a pas la longue expérience qui lui permettrait de la faire spontanément et sans douleur.

Et maintenant, cinq ans après, qu'en est-il de tout ce travail? Qu'il nous suffise, en guise de conclusion de rapporter le témoignage d'une personne âgée de 80 ans, seule, aveugle, lequel traduit avec éloquence l'importance que représente pour elle la visite hebdomadaire d'une auxiliaire : «Mon Dieu, vous êtes un cadeau du ciel!»

NOTES

1. L'équipe est formée de : Andrée Beausoleil et Louise Pauzé, animateurs, Gilles Rozon, travailleur communautaire, Céline Blais, professeur d'art, Danielle Blain, Diane De Foy et Justiane Ruel, infirmières, Huguette Côté, Marguerite Miron, Jeanne d'Arc Paul'Hus, Carmen Piché, Claire Rousseau et Daniel Savard, auxiliaires familiales, Micheline Binette, conseillère sociale, Jeanne Boisvert, travailleuse sociale, Danielle Chalifour, secrétaire et Huguette Plante, coordonnateur.
2. Pour établir les étapes du vieillissement, nous nous sommes inspirés des cinq étapes de la mort telles que décrites par Elizabeth Kubler-Ross dans son volume, *Les derniers instants de la vie*, car derrière la hantise de vieillir, se cache aussi la peur de mourir (la vieillesse, en effet, représente au même titre que la mort une réalité contre laquelle on ne peut rien : il faut y faire face graduellement) :
 1. La négation de cette réalité : «Je ne vieillis pas.»
 2. Le marchandage : «Je vieillis mais je veux et je peux quand même faire la même chose qu'avant.»
 3. La dépression : «Je vieillis, je ne peux l'éviter, cela signifie que je ne suis plus bon à rien.»
 4. L'agressivité : «Je vieillis, mais j'en veux aux autres, ils ne me comprennent pas.»
 5. L'acceptation de cette réalité : «Je vieillis, je m'en rends compte ; je ne peux pas m'en empêcher mais je vais essayer de tirer le meilleur parti possible de mes capacités.»
3. La présence constitue une amorce puisque les personnes acceptent de sortir de chez elles et de se placer en situation de socialisation.
4. En mesurant l'élargissement de leurs relations, ce critère indique le degré d'ouverture aux autres.
5. Prendre une part active à sa manière, soit en posant une question, soit en faisant le café, soit en décorant le local.
6. Il peut être, en effet, dangereux de concentrer nos énergies à maintenir à domicile des personnes en attente de placement au lieu, par exemple, d'affecter nos ressources à augmenter la qualité de vie des gens qui peuvent et désirent encore rester à domicile.

RÉFÉRENCES

VANEY-DUFRESNE, M., 1977, *Recherche sur les conditions de vie des chambreurs du centre-ville de Montréal*, Montréal.

SUMMARY

This article deals with the C.L.S.C. Centre-Ville's experience with old people over the last five years. What characterizes this experience in particular is the isolation of the individual and the deterioration of the social milieu. Interventions were made on three different levels : *individual*, personal and individual care at home; *collective*, organization of group activities; *community*, interventions aimed at improving the social conditions and health of the population and its milieu. The originality of this step lies in its global and multidisciplinary approach wherein all dimensions of health are interrelated (diagnosis established and treatments prescribed in light of the economic, social and psychological characteristics of the individual).